# TITRES

ET

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

**Docteur Xavier DELORE**



LYON
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie
Ancienne Maison A. WALTENER
*14, rue Bellecordière, 14*

1901





## I. — TITRES UNIVERSITAIRES

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AIDE D'ANATOMIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON, 1895

AIDE D'ANATOMIE
(Concours février 1896.)

PROSECTEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
(Concours novembre 1897.)

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE LYON
(Décembre 1897.)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
(Concours octobre 1898.)

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS
(Prix Tremblay 1898.)

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(Prix d'Argenteuil 1899.)

MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(Novembre 1900.)

---

## II. — TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON
(Concours 1890.)

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON
(Concours 1893.)

## III. — ENSEIGNEMENT

En qualité d'aide d'anatomie, de prosecteur, de 1895 à 1898.

CONFÉRENCES D'ANATOMIE
(Semestre d'hiver.)

CONFÉRENCES DE PETITE CHIRURGIE
(Semestre d'été.)

En qualité de chef de clinique chirurgicale de 1898 à 1900

CONFÉRENCES DE CLINIQUE CHIRURGICALE
Dans le service de M. le professeur PONCET

## IV. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

### I. — Mémoires originaux

1. — Note sur un cas d'hygroma tuberculeux de la bourse infra-patellaire. En collaboration avec M. le professeur agrégé ROCHET. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 2 juin 1894.
2. — Syphilis rénale précoce. *Province Médicale*, 7 novembre 1895.
3. — Anévrysme diffus de la jambe par déchirure de l'artère péronière gauche. Ouverture du sac et ligature des deux bouts. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1er mai 1896.
4. — Ulcération de l'artère poplitée dans une ostéomyélite prolongée du fémur. Mort. *Arch. prov. de Chirurgie*, janvier 1897 (1 figure).
5. — De l'actinomycose cérébro-spinale. *Gaz. hebd. de Méd et Chir.*, 24 mai 1896.
6. — Neuro-fibromatose généralisée et xanthome du bras droit. *Gazette des Hôpitaux*, 28 avril 1896.
7. — Ecrasement sous-cutané de l'artère et de la veine poplitées. Gangrène consécutive. Amputation. Guérison. *Province Médicale*, 1er août 1896 (1 figure).
8. — Résection du sternum dans l'ostéite tuberculeuse. *Province Médicale*, 5 décembre 1896.
9. — Contribution à l'étude de la rupture de la tunique vaginale dans les hydrocèles. *Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, 5 juillet 1896.
10. — Hématocolpos avec hématométrie, consécutif à un accouchement datant de deux ans. *Annales de Gynécologie*, juin 1897.
11. — Des péritonites traumatiques sans lésions viscérales. *Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, 19 septembre 1897.
12. — Indications de la cystostomie sus-pubienne d'urgence chez les prostatiques. *Gazette des Hôpitaux*, 22 et 28 septembre 1897.
13. — De la fonction du nouvel urèthre (urèthre hypogastrique) chez les prostatiques anciennement cystostomisés. Thèse de doctorat, Lyon, 1897. Prix Tremblay, 1898 (Académie de Médecine).
14. — Neuro-fibromatose et névrome plexiforme. En collaboration avec M. BONNE, *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 27 mars 1898.

15. — De l'orchidotomie. Epididymectomie avec incision exploratrice du testicule dans la tuberculose testiculaire. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 12 juin 1898.
16. — Note sur deux énormes hernies crurales *Gaz. hebd. de Méd. et Chir.* 24 juillet 1898 (2 figures).
17. — Ostéo-périostite albumineuse duo à un nouvel agent pathogène. En collaboration avec M. PÉHU. *Gazette des Hôpitaux*, 13 septembre 1898.
18. — De la cystostomie sus-pubienne. Historique. Indication. Manuel opératoire. (En allemand). *Centralblatt für die Krankheiten der Harn-und-Sexual organe.* Leipzig, 10 septembre 1898.
19. — Kyste dermoïde suppuré du plancher buccal. En collaboration avec M. PONT. *Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, 14 octobre 1898.
20. — Des fistules vésico-ombilicales tardives par persistance de la perméabilité de l'ouraque. En collaboration avec M MOLIN. *Arch. prov. de Chirurgie*, novembre 1898.
21. — Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. Application de cette méthode aux diverses lésions des voies urinaires. En collaboration avec M. le Professeur PONCET. Paris, Masson, 1899, 450 pages et 42 figures, (ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, prix d'Argenteuil, 1899).
22. — De l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel. *Revue de Chirurgie*, p. 585 et 744. Année 1899. En collaboration avec M. BÉRARD (65 pages).
23. — Des fistules vésico-ombilicales congénitales chez les prostatiques. En allemand. *Centralblatt für die Krankheiten der Harn-und Sexual organe.* Leipzig, 1899.
24. — Mastoïdite et thrombose du sinus latéral. Trépanation de la mastoïde. Ligature de la jugulaire interne. Guérison. *Gazette des Hôpitaux*, mars 1899.
25. — Hydronéphrose congénitale double. Malformation de l'orifice urétéro-vésical droit. En collaboration avec M. CARREL. *Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, 6 avril 1899 (1 figure).
26. — Uréthrostomie périnéale pour rétrécissements avec fistules périnéales incurables de l'urèthre. *Gaz hebd de Méd. et de Chir.*, mai 1899.
27. — Nouveau cas de botryomycose humaine. *Gaz. hebd.*, 7 septembre 1899 (3 figures).
28. — De la résection précoce du genou dans les arthrites infectieuses traumatiques. *Gaz. des Hôpitaux*, 9 novembre 1899.
29. — Du traitement des anus colo-vaginaux (procédé spécial). *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominales*, mars 1900.
30. — Volvulus de l'anse oméga. En collaboration avec M. THÉVENOT. *Gaz. Hebd. de Méd. et Chir.*, 24 décembre 1899 (2 figures).
31. — Enorme calcul d'oxalate de chaux. Perforation vésicale. *Gazette des Hôpitaux*, 13 mars 1900 (2 figures).
32. — De la cystostomie sus-pubienne dans le cancer de la prostate. *Gaz. Hebd. de Méd. et Chir.*, 5 avril 1900 (1 figure).
33. — Grenouillette congénitale. Enorme kyste branchial du plancher buccal, ayant apparu à l'âge de 38 à 39 ans. *Gaz. Heb.* (4 mars 1900 (1 figure).

34. — Traité de l'uréthrostomie périnéale dans les rétrécissements rebelles de l'urèthre. En collaboration avec M. le professeur A. Poncet. Paris, Masson, 1900. 160 pages et 12 figures.
35. — Cystostomie sus-pubienne datant de 6 ans, avec continence parfaite du méat hypogastrique, chez un vieillard de 78 ans. Mort, à 84 ans, de cirrhose hépatique. Intégrité de l'appareil urinaire. *Gaz. des Hôpitaux*, 2 avril 1900.
36. — Botryomycome siégeant à la face dorsale de l'auriculaire droit au voisinage de la sertissure unguéale. *Gaz. des Hôpitaux*, 12 juin 1900 (1 fig.).
37. — Traitement du tétanos par la méthode de Baccelli. Guérison. *Gazette des Hôpitaux*, 4 septembre 1900.
38. — Arthrite suppurée du genou gauche d'origine traumatique. Arthrotomie. Guérison. *Gaz. hebd.*, 9 septembre 1900.
39. — Botryomycome de la face palmaire du petit doigt. En collaboration avec M. Ch. Gauthier, 1 figure. *Gaz des Hôpitaux*, 8 novembre 1900.
40. — De l'ectopie testiculaire sous-cutanée abdominale. *Arch. prov. de Chirurgie*, février 1901. En collaboration avec M. Leriche.
41. — De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin. En collaboration avec M. Patel. *Revue de Chirurgie*, mars 1901, (3 figures).

## II — Communications aux Sociétés Savantes.

42. — Double rein polikystique. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, juillet 1894. C. R. *Lyon Médical*, 30 septembre 1894.
43. — Tuberculose miliaire aiguë de la gorge (Maladie d'Isambert). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, mars 1895. C. R. *Lyon Médical*, juillet 1895.
44. — Ulcération de l'artère poplitée droite dans le cours d une ostéomyélite prolongée de l'extrémité inférieure du fémur. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, janvier 1896.
45. — Epithélioma sébacé primitif de la fesse. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 22 mars 1896. C. R. *Prov. Médicale*, 5 avril 1896. C. R. *Lyon Médical*, 3 mai 1896.
46. — Neuro-fibromatose généralisée. *Soc. des Sc. Med. de Lyon*, 29 mars 1896. C. R. *Lyon Médical*, 10 mai 1896.
47. — Pseudo-actinomycose de l'angle de la mâchoire. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 22 avril 1896. C. R. *Province Médicale*, 25 avril 1896.
48. — Lame de couteau implantée entre la base des apophyses épineuses depuis 14 ans. Réveil des phénomènes inflammatoires il y a deux mois. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 6 mai 1896. C. R. *Province Médicale*, 9 mai 1896. *Lyon Médical*, 21 juin 1896.
49. — Ecrasement sous-cutané des vaisseaux poplités. Gangrène consécutive. Amputation. *Soc. des Sc. Med.*, 10 juin 1896. C. R. *Province Médicale*, 13 juin 1896 et *Lyon Médical*, 26 juillet 1896.

50. — Neuro-fibromatose généralisée. *Société nationale de Medecine de Lyon*, 29 mars 1897. C. R. *Province Médicale*, 3 avril 1897 et *Lyon Médical*, 11 avril 1897.

51. — Exostose sous-unguéale du second orteil. Sa pathogénie. *Soc. nat. de Méd. de Lyon*, 17 mai 1897. C. R. *Lyon Médical*, 30 mai 1897.

52. — Pustule maligne à évolution bénigne de la région sous-maxillaire. *Soc. nat. de Méd de Lyon*, 24 mai 1897. C. R. *Lyon Médical*, 13 juin 1897.

53. — Ancienne cystostomie sus-pubienne avec méat hypogastrique continent depuis quatre ans. Mort de tuberculose pulmonaire et vertébrale. Autopsie. *Soc. nat. de Méd. de Lyon*, 21 juin 1897. C. R. *Lyon Médical*, 4 juillet 1897.

54. — Nanisme et atrophie thyroïdienne. Tuberculose verruqueuse du talon. *Soc. nat. de Méd. de Lyon*, 19 juillet 1897. C. R. *Lyon Médical*, 1er août 1897,

55. — Du méat hypogastrique chez les prostatiques anciennement cystostomisés. Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. Saint-Etienne, 9 août 1897. C. R. *Bulletin Médical*, septembre 1897.

56. — Ankylose osseuse de la hanche, suite d'ostéomyélite ; pièce anatomique. *Soc. de Méd. de Lyon*, 20 décembre 1897. C. R. *Lyon Médical*, 2 janvier 1898.

57. — Epididymectomie avec incision exploratrice du testicule dans la tuberculose testiculaire. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 11 mai 1898. C. R. *Lyon Medical*, 26 juin 1898 et *Prov. Méd.*, 21 mai 1898.

58. — Occlusion intestinale par torsion de l'intestin et de son mésentère autour d'un axe formé par une bride pathologique salpingo-intestinale. *Soc. nat. de Med. de Lyon*, 23 mai 1898. C. R. *Lyon Médical*, 12 juin 1898 et *Prov. Méd.* 28 mai 1898.

59. — Actinomycose anale, péri-anale et péri-vésicale. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 1er juin 1898. C. R. *Lyon Médical*, 10 juillet 1898 et *Prov. Méd.*, 4 juin 1898.

60. — Enorme hernie crurale gauche. Récidive. *Soc. des Sc. Méd.*, 8 juin 1898. C. R. *Lyon Médical*, 17 juillet 1898, et *Prov. Méd.* 11 juin 1898.

61. — Rétrécissement syphilitique du pharynx inférieur. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 1895.

62. — Occlusion intestinale par le diverticule de Meckel. En collaboration avec M. Bérard. *Société de Chirurgie de Lyon*, janvier 1899. C. R. *Province Médicale*, février 1899.

63. — Résection des nerfs maxillaire supérieur et maxillaire inférieur à la base du crâne Procédé de Kronlein. En collaboration avec M. Bérard. *Soc. des Sc. Med. de Lyon*, 3 février 1899. C. R. *Lyon Médical*, 2 avril 1899.

64. — Thrombose du sinus latéral dans une mastoïdite. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Ligature de la jugulaire interne. Guérison. *Soc. des Sc. Médic. de Lyon*, 22 février 1899. C. R. *Lyon Médical*, 16 avril 1899, et *Prov. Med.*, 25 février 1899.

65. — Invagination de la vessie dans l'uretère. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon* 8 mars 1899. C. R. *Prov. Méd.*, 12 mars, 1899,

66. — Résection iléo-cœcale dans une invagination avec sphacèle. *Soc. nat. de Méd. de Lyon*, 13 mars 1899. C. R. *Prov. Méd.*, 19 mars 1899, et *Lyon Médical*, 14 mai 1899.

67. — Occlusion intestinale par torsion partielle du mésentère. Péritonite diffuse. Eviscération, drainage péritonéal. Guérison. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 23 mars 1899. C. R. *Prov. Méd.*, 2 avril 1899, et *Lyon Médical*, 21 mai 1899.

68. — Laparotomie dans la péritonite par perforation d'un ulcère latent de l'estomac. *Soc. des Sc. Med. de Lyon*, 30 mars 1899 C. R. *Prov. Méd.*, 9 avril 1899 et *Lyon Médical*, 28 mai 1899.

69. — Hystérectomie abdominale totale pour gros fibrome intra-ligamentaire. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 26 avril 1899. C. R. *Prov. Méd.*, mai 1899, et *Lyon Medical*, 18 juin 1899.

70. — Obstruction intestinale aiguë par gros calcul biliaire. Entérotomie *Soc. nat. de Méd. de Lyon*, 29 mai 1899. C. R. *Lyon Medical*, 18 juin 1899.

71. — Un cas de botryomycose humaine. *Soc. nat. de Méd. de Lyon* juin 1899. C. R. *Lyon Médical*, juillet 1899.

72. — De l'obstruction intestinale par torsion du mésentère (6 observations). *Congrès français de Chirurgie*, 20 octobre 1899. En collaboration avec M. Bérard.

73. — Procédé de nécessité dans la cure radicale des fistules colo-vaginales. *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 25 octobre 1899. C. R. *Prov. Méd.*, 28 octobre 1899, et *Lyon Médical*, décembre 1899.

74. — Brûlures étendues traitées par la méthode antiseptique. *Soc. des Sc. Med. de Lyon*, 8 novembre 1899. C. R. *Prov. Méd.*, 11 novembre 1899 et *Lyon Médical*, 26 novembre 1899.

75. — Contusion abdominale. Rupture du foie. Hémorrhagie. *Soc. des Sc. Méd.*, 13 décembre 1899. C. R. *Prov. Méd.*, 18 décembre 1899 et *Lyon Médical*, 14 janvier 1900.

76. — Résection précoce du genou dans une arthrite infectieuse traumatique. Guérison. *Soc. des Sc. Méd.*, 28 février 1900. C. R. *Prov. Méd.*, 3 mars 1900 et *Lyon Méd.*, 15 avril 1900.

77. — Un cas de tétanos guéri par la méthode de Baccelli. *Soc. des Sc. Med. de Lyon*, 11 juillet 1900. C. R. *Lyon Médical*, 19 août 1900.

78. — De l'exclusion de l'intestin dans la tuberculose iléo-cœcale. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 3 janvier 1901. C. R. *Lyon Médical*, 27 janvier 1901.

79. — Caleul d'oxalate de chaux. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 13 décembre 1899. C. R. *Lyon Médical*, 14 janvier 1900.

### III. — Collaboration à des thèses.

Bundet. — De la rupture de la tunique vaginale dans les hydrocèles (Th. Lyon, 1895-96).

Donnoy. — Des appendicites à forme pelvienne (Th. Lyon, 1897).

Boudriot. — Des ulcérations artérielles dans les ostéomyélites (Th Lyon, 1897).

Heusch. — Des péritonites traumatiques sans lésions viscérales dans les contusions de l'abdomen (Th. Lyon, 1898.)

BOEHI. — Des corps étrangers du coude d'origine traumatique. (Th. Lyon, 1898).
VANHAGENEOROH. — Considérations sur le diagnostic des tumeurs des parties molles de la jambe (Th. Lyon, 1898).
HAHN — Traitement des h'maturies vésicales par la cystostomie sus-pubienne (Th. Lyon, 1898-1899).
PRALLET. — Des embolies veineuses d'origine traumatique (Th. Lyon, 1898).
FADRE. — De l'occlusion intestinale par torsion du mésentère (Th. Lyon, 1898).
ANDRÉ. — Contribution à l'étude des trochantérites (Th. Lyon, 1898-1899).
FLÉCHET. — Des fistules vésico-ombilicales congénitales, chez les prostatiques (Th. Lyon, 1898-1899).
RATTIER. — Des épanchements urineux d'origine rénale (Th. Lyon, 1898-1899).
MAGNOUX. — De l'invagination iléo-cæcale par tumeur (Th. Lyon, 1899-1900).
NUNDIN. — De l'ectopie congénitale du rein (Th. Lyon, 1900).
PAYAN. — De l'obstruction intestinale aiguë par calculs biliaires (Th. Lyon, 1900).
BRICKA. — Des perforations spontanées de la vésicule biliaire (Th. Lyon 1898-1899).
MAILHETARD. — De la résection précoce du genou dans les arthrites infectieuses traumatiques (Th. Lyon 1899-1900).
VERDAN. — Du spasme essentiel de l'urèthre (Th. Lyon 1899-1900).
LAPLANCHE. — Résultats éloignés de l'uréthrostomie périnéale (Th. Lyon, 1899-1900).
GARNAUD. — Des déchirures sous-cutanées des vaisseaux fémoraux et poplités (Th. Lyon, 1898-1899).
ALLARD. — Du volvulus de l'anse oméga (Th. Lyon, 1899).
BADIE. — Le cancer sous-muqueux de l'intestin (Th. Lyon, 1899-1900).
NIÉGER. — De l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel (Th. Lyon, 1899-1900).
PETIT. — Variété de fracture de l'astragale (Th. Lyon, 1899-1900).
LAURENT. — Traitement des fractures compliquées de l'humérus par la résection et le drainage (Chirurgie à ciel ouvert) (Th. Lyon, 1899-1900).
FABRE. — De l'état du col vésical dans l'hypertrophie prostatique (Th. Lyon, 1899-1900).
VINCENT. — Les tumeurs sous-unguéales douloureuses (Th. Lyon, 1899-1900).
PARINI. — Des fistules colo-vaginales (Th. Lyon, 1899-1900).
BLAIN. — Du bouton de Murphy dans la hernie étranglée (Th. Lyon, 1900-1901).
RAOULT. — Contribution à l'étude de la thyrotomie (Th. Lyon, 1900-1901).
CHAPPELIER. — De la médication thyroïdienne dans les pseudarthroses (Th. Lyon, 1900-1901)
SIVAN. — Des anévrysmes de l'artère péronière (Th. Lyon, 1900-1901).
FELDMULLER. — De l'occlusion intestinale à travers l'épiploon (Th. Lyon, 1900-1901).
MICHEL. — Les plaies du rectum par armes à feu (Th. Lyon, 1900-1901).
CONNET. — De la thrombo-phlébite du sinus latéral dans les oto-mastoïdites (Th. Lyon, 1900-1901).
PICHON. — De l'état des vésicules séminales chez les prostatiques (Th. Lyon, 1900-1901).

## IV. — Analyses de divers travaux.

Traité de médecine et de chirurgie opératoires, 3e édition, par le professeur CHALOT, *Lyon Médical*, 1898.
4e édition, *Lyon Medical*, 1900.
Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, Kirmisson, 1898.
*Lyon Médical*, juin 1898.
De la chirurgie opératoire de l'oreille moyenne, par M. BROCA.
*Lyon Medical*, 1899.
Traité de chirurgie d'urgence par M. LEJARS.
1re édition, *Lyon Medical*, 1899.
2e édition, *Lyon Médical*, 1900.

---

## TÊTE ET COU

---

**Thrombose du sinus latéral et mastoïdite. — Trépanation de l'apophyse mastoïde, et ligature de la jugulaire interne**

*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 22 février 1899.

---

**Mastoïdite compliquée de thrombose du sinus latéral et de la jugulaire interne. — Trépanation de l'apophyse mastoïde, drainage du sinus ; ligature de la jugulaire interne. — Guérison.**

*Gazette des Hôpitaux*, 28 mars 1899.

---

CORNET. — **De la thrombo-phlébite du sinus latéral consécutive à l'otite moyenne purulente**

Th. Lyon 1900-1901.

Dans ces communications, nous avons relaté une observation de mastoïdite, compliquée de thrombo-plébite du sinus latéral et de la jugulaire interne, que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Poncet. Malgré la gravité du pronostic, en pareil cas (Broca, Chipault, Jones, Duplay), nous avions obtenu une guérison. Ce travail fut, du reste, le point de départ d'un mémoire important, entrepris par M. Cornet (Th. de Lyon 1900-1901). Nous avons insisté plus particulièrement sur divers côtés du diagnostic et du traitement.

Tout d'abord le diagnostic avait été présumé, bien que la thrombose de la jugulaire interne ne fût pas apparente. C'est qu'en effet, il s'agissait d'une thrombose non compliquée de suppuration crânienne :

le début brusque, les frissons, la céphalée occipito-temporale, les oscillations thermiques, les adénites cervicales, la conservation de l'intelligence constatés chez notre malade sont, en général, considérés comme symptômatiques de l'envahissement du sinus latéral, lorsqu'ils surviennent chez un individu affecté d'une ancienne suppuration otique et d'accidents récents du côté de la mastoïde.

Quand le diagnostic est fermement établi, il résulte, disions-nous, de l'examen critique des différentes méthodes, employées jusqu'à ce jour, que la conduite à tenir est la suivante. Dans les cas où la veine jugulaire est atteinte de thrombose, on doit opérer en trois temps : 1° trépanation de la mastoïde, mise à nu et exploration du sinus ; 2° ligature de la jugulaire interne ; 3° ouverture et désinfection du sinus.

Contrairement à l'opinion de MM. Broca et Maubrac, nous pensons qu'il est préférable de pratiquer la ligature de la jugulaire après ouverture du sinus, à cause de l'obscurité du diagnostic de thrombophlébite du sinus.

---

**Tuberculose miliaire aiguë de la gorge.**

*Lyon Médical*, 21 juillet 1895.

La maladie d'Isambert, ou tuberculose miliaire aiguë de la gorge, est rare. Aussi M. Garel nous avait-il engagé à publier un cas, rapporté, depuis, dans la thèse de M. Hugot (Lyon, 1900-1901). Une tuberculose aiguë, à point de départ amygdalo-palatin avait entraîné la mort en 40 jours.

Cette localisation tuberculeuse, étudiée, par Isambert, en 1872, Angelot, en 1883, Cornil, Tauber, puis Garel (1893), est caractérisée par un début ordinairement brusque. Elle frappe d'emblée le voile du palais, descend sur le larynx et les poumons, qu'on retrouve infiltrés de granulations miliaires, provoque une dysphagie intense, du nasonnement, etc., et se termine par une mort rapide en trois ou quatre mois au plus. La dysphagie ressemble, par son intensité, à la dysphagie syphilitique (Garel, Dieulafoy) ; mais nous croyons que l'examen direct des lésions ne laisse pas ordinairement place au doute.

*Au début*, l'herpès du voile du palais, qui n'a qu'une durée éphémère, une disposition saillante des glandes de la région peuvent en imposer. A la *période ulcéreuse*, on distinguera les ulcérations tuberculeuses chroniques, par leur lente évolution, leur indolence,

leur profondeur, leurs poussées successives (Hermantier, th. Paris, 1886). Bien qu'il s'agisse d'une même infection tuberculeuse, le pronostic est, en effet, différent entre la tuberculose miliaire aiguë et les ulcérations chroniques. Ces dernières peuvent guérir par un traitement local approprié ; la tuberculose miliaire se termine fatalement par une généralisation pulmonaire.

---

RAOUX. — **Contribution à l'étude de la thyrotomie.**

Thèse de Lyon, 1900-1901.

Nous avons inspiré ce travail, en nous basant sur une observation recueillie dans le service de M. Poncet. Après trachéotomie préalable, nous avions pratiqué la thyrotomie, chez une malade suffocant par rétrécissement tuberculeux de la glotte. L'opération avait été suivie de l'ablation d'un tubercule, simulant un sarcome. Le résultat thérapeutique s'est maintenu ; l'amélioration a persisté depuis un an.

La thyrotomie, précédée d'une trachéotomie préliminaire, convient surtout aux tumeurs bénignes, aux traumatismes récents ou anciens du larynx.

Elle est rarement indiquée dans les lésions inflammatoires du larynx. Cependant on l'a employée avec succès dans certaines lésions post-typhiques, séquestres ou rétrécissements, dans les rétrécissements syphilitiques rebelles au traitement spécifique, dans le sclérome du larynx. *Le curetage et l'excision des cordes vocales tuberculeuses, à forme éléphantiasique, nous a procuré un résultat thérapeutique encourageant.* Tout en insistant sur ce fait, nous remarquons que des observations plus nombreuses seraient nécessaires pour trancher la question du traitement chirurgical de la tuberculose primitive du larynx à forme sténosante au moyen de la thyrotomie.

---

**Kyste dermoïde suppuré du plancher buccal**

En collaboration avec M. PONT

*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 13 octobre 1898.

---

**Note sur une grenouillette congénitale. Enorme kyste braachial du plancher de la bouche**

*Gaz. hebd. de Médecine et de Chirurgie*, 8 mars 1900.

Après avoir rappelé, dans ces deux mémoires, la pathogénie des kystes dermoïdes d'après les données nouvelles (His, Lannelongue, Kirmisson, etc...) nous insistons sur quelques détails.

L'âge d'apparition du kyste peut être tardif. Chez le second sujet (Voir la fig. 1), un énorme kyste branchial, saillant dans la bouche, n'avait manifesté sa présence que vers l'âge de 38 à 39 ans.



Fig. 1.

On conçoit la difficulté du diagnostic entre cette grenouillette congénitale, suivant l'expression ancienne, et la grenouillette acquise d'origine salivaire. Dans de telles conditions, la mollesse spéciale de la tumeur, son évolution lente, sa situation médiane, le soulèvement de la langue constituent, avec la constatation d'une adhérence hyoïdienne, des signes en faveur du kyste dermoïde.

Selon M. le professeur Poncet, la voie de choix pour aborder ces tumeurs est la voie buccale, en combinant, toutefois, une contre-ouverture sus-hyoïdienne pour parer à la rétention des liquides septiques. Mais la tumeur fait-elle saillie à la peau, adhère-t-elle à l'os hyoïde, la paroi est-elle surtout friable, la voie cutanée paraît préférable en réséquant, au besoin, l'os hyoïde, suivant la méthode de M. Vallas.

Ces kystes s'enflamment souvent et déterminent parfois des phénomènes d'asphyxie, par gonflement et refoulement de la langue : cette complication est notée dans notre première observation. La même malade est un exemple de récidive du kyste, ou plutôt de sa persistance, lorsqu'on n'a pas enlevé toute la paroi. L'ablation totale de la paroi constitue donc la condition essentielle de la cure radicale,

---

**Pustule maligne du cou à évolution bénigne.**

Société de Médecine de Lyon, 24 mai 1897.

A propos d'un cas observé, dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons étudié l'historique, le pronostic et le traitement de cette variété du charbon, plus fréquente et souvent plus bénigne qu'on le suppose. Le pronostic bénin coïncide souvent avec l'apyrexie, l'absence de bactéridies dans le sang, l'absence de douleur (Verneuil, Nicaise). Tous ces signes sont cependant inconstants.

---

**De l'actinomycose cérébro-spinale.**

*Gazette hebdomadaire*, 24 mai 1896.

---

**Pseudo-actinomycose de l'angle de la mâchoire.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, 22 avril 1896.

Ces deux observations ont été recueillies dans le service de M. le professeur Poncet. Elles ont reçu le contrôle microscopique. La première présentait un intérêt clinique plus spécial. Toutes deux sont rapportées dans le livre de MM. Poncet et Bérard, Paris, 1898 : *Traité clinique de l'actinomycose humaine.*

---

**Nanisme par atrophie du corps thyroïde.**

Société nationale de Médecine de Lyon, 19 juillet 1897.

25 ans, homme de 1 m. 11. N'a plus de corps thyroïde. L'atrophie thyroïdienne s'étant produite à un âge suffisamment avancé, 10 à 11 ans environ, cet homme est intelligent. Les rayons X ayant démontré la persistance des cartilages de conjugaison des fémurs et tibias, cet homme a été soumis au traitement thyroïdien. On a signalé des exemples d'augmentation de la taille par cette thérapeutique chez les athyroïdiens.

---

**Résection des nerfs maxillaire supérieur et inférieur à la base du crâne dans la névralgie faciale** (procédé de Kronlein).

(En collaboration avec M. Bérard.)

Société des Sciences Médicales de Lyon, 8 février 1899.

---

## TUBE DIGESTIF

---

**De l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel.**
(En collaboration avec M. Bérard).
Société de Chirurgie de Lyon, janvier 1899.
Nieger. — Thèse de Lyon, 1899-1900.

---

**De l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel.**
(En collaboration avec M. le professeur agrégé Léon Bérard.)
*Revue de Chirurgie*, mai et juin 1899 (65 pages, 9 figures).

Ce travail a eu pour point de départ une observation d'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel, recueillie avec M. Bérard, dans le service de M. le professeur Poncet. Le malade avait guéri, après la laparotomie et la résection du diverticule. Nous examinons successivement, dans une revue d'ensemble, la pathogénie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic et le traitement. Ce mémoire, de 65 pages avec 9 figures, met surtout en relief la pathogénie, le mécanisme de cette variété d'obstruction.

I. — Anatomiquement, le trouble de développement, qui entraîne la persistance du diverticule de Meckel, engendre aussi certaines anomalies du côté des vaisseaux omphalo-mésentériques. La présence de ces canaux vasculaires, au voisinage du conduit vitellin, permet d'expliquer l'origine congénitale de certaines adhérences du diverticule, au mésentère, à l'ombilic.

Le canal vitellin peut subsister en totalité ou en partie. Sa régression, s'effectuant de l'ombilic à l'intestin, peut s'arrêter :

1° *Soit à l'ombilic même.* — On trouvera alors un conduit étendu de l'iléon à la paroi antérieure de l'abdomen et fixé, par sa terminaison, au péritoine de la région ombilicale; c'est le diverticule iléo-ombilical pourvu, ou non, d'une ouverture fistuleuse au nombril.

2° *Soit à une distance plus rapprochée de l'intestin.* — Le diverticule, libéré de la paroi abdominale, forme un boudin, plus ou moins long, qui s'ouvre dans l'iléon, au voisinage du bord convexe. Il faut, ici, tenir également compte de la disposition des vaisseaux omphalo-mésentériques: suivant qu'ils auront persisté, sur une plus ou moins grande étendue, suivant qu'ils auront conservé des connexions plus ou moins étroites avec le diverticule, on rencontrera :

*a).* Vaisseaux encore décelables jusqu'à l'ombilic, sous forme de ramuscules ou de tractus fibreux : diverticule adhérent, en cœcum, pourvu d'un méso qui le relie, au mésentère d'une part, à l'ombilic de l'autre.

*b).* Vaisseaux persistant seulement dans la longueur du diverticule: diverticule libre à l'intérieur de l'abdomen, avec méso dépendant du mésentère.

*c).* Vaisseaux persistant le long du diverticule, mais n'ayant que des connexions assez lâches avec lui : diverticule adhérent, en cœcum, fixé plus ou moins étroitement au mésentère ou à une anse intestinale, par un point voisin de sa terminaison. Ce point correspond précisément à la région où le canal vitellin était abordé par les vaisseaux omphalo-mésentériques.

*d).* Vaisseaux ayant effectué leur régression complète : diverticule en cœcum, dépourvu de méso et libre à l'intérieur de la cavité abdominale.

Tels sont, embryologiquement, les types que l'on peut rencontrer de vrais diverticules vitellins persistants. Nous retenons, *comme indication clinique, dans les cas d'obstruction, que l'on trouvera des diverticules de Meckel, soit libres, à l'intérieur de la cavité péritonéale, soit congénitalement adhérents à la paroi abdominale, au voisinage de l'ombilic, ou au mésentère, ou à une autre anse intestinale.*

II. — Le mécanisme de l'obstruction intestinale par le diverticule de Meckel varie suivant que le diverticule est libre ou adhérent. Les *cas d'occlusion par le canal vitellin libre sont beaucoup plus rares que ceux dans lesquels l'agent causal est le diverticule adhérent.*

1° **Diverticule libre.** — Les mécanismes sont assez variés.

*a). Occlusion par invagination.* — Le diverticule est aspiré peu

à peu dans l'intestin, au cours du péristaltisme, et entraîne son point d'implantation (fig. 2).




Fig. 2.

Occlusion par diverticule de Meckel invaginé. — *B* Manchon engaînant. — *I* Intestin invaginé. — *M* Coin mésentérique dans l'invagination. — *D* Diverticule éversé, prolongeant l'invagination de l'iléon. — *C* Collet de l'invagination iléale. — *R* Collet de l'invagination du diverticule.

*b). Occlusion par nœud diverticulaire.*— Le nœud diverticulaire est à anse simple, le plus souvent (fig. 3).

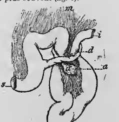



Fig. 3.

Occlusion par nœud diverticulaire simple. — *S* Bout supérieur distendu de l'intestin. — *I* Bout inférieur revenu sur lui-même. — *D* Diverticule noué autour de l'anse. — *A* Ampoule terminale du diverticule, formant arrêt du nœud coulant. — *M* Mésentère serré.

On a, cependant, rencontré le nœud à anse double (Parise, Lévy), (fig. 4). La constriction de l'anse par l'anneau diverticulaire est

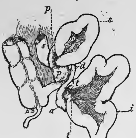


Fig. 4. — Obstruction par nœud diverticulaire à anse double. — *P* Pédicule du diverticule, *D* qui embrasse dans un nœud coulant l'anse supérieure *S*, et va ensuite comprimer par sa terminaison en ampoule *A*, l'anse inférieure *I* tordue en *T* sur son axe mésentérique. L'ampoule *A* forme tampon d'arrêt au nœud coulant du diverticule.

maintenue au moyen de l'ampoule terminale dilatée du canal, qui forme tampon d'arrêt.

*c). Occlusion par torsion du mésentère.* — Le poids du canal vitellin fixe l'intestin, facilite la torsion et, surtout, la maintient. Le mécanisme est, ordinairement, complexe (fig. 5).

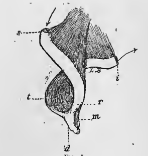


Fig. 5. — Obstruction par torsion de l'anse et du mésentère. *S* Bout supérieur. *I* Bout inférieur de l'anse tordue en *T*, sur son mésentère. Le diverticule libre *D* est pourvu d'un méso *M*, et l'iléon présente un rétrécissement congénital *R*, immédiatement en amont du point d'implantation.

d) *Obstruction par coudure de l'anse.* — Il faut admettre encore, dans cette variété, des éléments complexes. Quelques adhérences maintenaient probablement la fixité du diverticule dans l'unique observation de Gillette.

2° **Diverticule adhérent ou fixé.** — Les adhérences sont congénitales ou acquises. Ces dernières se montrent dans les hernies anciennes, enflammées ou étranglées, ou bien après une poussée inflammatoire dans la cavité péritonéale. Contrairement à quelques auteurs, *nous croyons que la plupart des adhérences s'expliquent par l'embryologie*. Les diverticulites, analogues à l'appendicite, sont rares ; les adhérences du diverticule se produisent exceptionnellement, sous l'influence d'une infection localisée au canal.

Les divers mécanismes diffèrent peu de ceux que l'on rencontre avec les diverticules libres :

a). *Obstruction par traction directe et coudure de l'anse.* — Au sommet de la convexité de l'anse, s'implante le canal, fixé d'autre part, congénitalement ou accidentellement, à la paroi abdominale antérieure, au mésentère, au péritoine d'un sac herniaire (fig. 6).

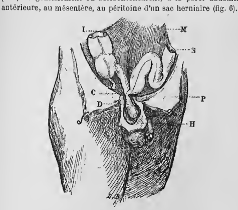



Fig. 6.

Obstruction par coudure de l'iléon, due à la traction du diverticule fixé dans une hernie. — *S* Bout supérieur. — *I* Bout inférieur de l'intestin : *D* Diverticule fixé dans une hernie inguinale *H*, et déterminant en *C* une coudure de l'iléon ; *M* mésentère ; *P* paroi abdominale antérieure rabattue.

b). *Obstruction par écrasement de l'intestin sous le diverticule tendu.* — Le diverticule, implanté sur une des faces de l'iléon, et non sur son bord convexe, contourne l'anse sur une grande partie de sa circonférence, pour aller se fixer par son cul-de-sac ou par son méso, sur le mésentère. Il constitue ainsi une véritable bride.

c). *Obstruction par torsion du mésentère et nœud de l'intestin.* — Cette torsion, possible déjà avec un diverticule libre, s'effectue plus facilement, si l'anse intestinale peut prendre un point fixe sur le diverticule adhérent.

d). *Occlusion par bride formant anneau.* — Le diverticule forme parfois un anneau brisé ou une portion d'anneau, fermée par la paroi abdominale et par le mésentère. Dans cet anneau, peut s'engager une anse intestinale (fig. 7). La figure 7 représente le mécanisme de l'occlusion dans notre observation.

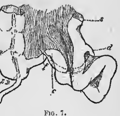



Fig. 7.

Obstruction par diverticule de Meckel fixé au mésentère et formant anneau. — *S* Bout supérieur de l'intestin. — *D* Diverticule fixé en face au mésentère. — *C* Coudure de l'iléon sur le diverticule en 1/2 anneau qui écrase en outre l'éventail mésentérique.

Sauf contre indications tirées de l'état général, de l'incertitude du diagnostic, etc., nous considérons la laparotomie comme l'opération de choix. Seule, elle permet de remplir toutes les indications.

---

**Occlusion intestinale par torsion d'une anse adhérente à la trompe.**
Société nationale de Médecine de Lyon, 23 mai 1898.

---

Fabre. — **De l'occlusion intestinale par torsion du mésentère.**
Thèse de Lyon, 1898-99.

**Occlusion intestinale par torsion partielle du mésentère. — Péritonite diffuse. — Eviscération intestinale. — Drainage péritonéal. — Guérison.**

Société des Sciences médicales de Lyon, 23 mars 1899.

---

**De l'obstruction intestinale par torsion du mésentère (6 observations personnelles).**

En collaboration avec M. Bérard.

Congrès français de Chirurgie, Paris, octobre 1899.

Dans ces différentes communications, nous avons attiré l'attention sur la fréquence relative de la torsion partielle du mésentère, mise en comparaison avec la torsion totale étudiée par Delbet, Kirmisson, Monod, à la Société de Chirurgie en 1898. Nous avons pu en recueillir six observations, avec M. Bérard, en moins de deux ans, dans le service du professeur Poncet.

Le mécanisme de cette torsion variait, suivant que les anses tordues étaient fixes ou mobiles. Dans le premier cas, la traction produit une coudure qui entretient l'obstruction, en même temps que la torsion complète l'obstacle. Dans cinq cas sur six, l'anse obstruée était libre dans la cavité abdominale, mais toujours prolabée vers le bassin. Nous avons donc supposé que la cause prédisposante, capitale, de la torsion était l'allongement préalable du mésentère. Trois fois sur cinq, des hernies avaient déterminé cet allongement. Chez les deux autres, une ptose générale des viscères expliquait cette disposition du mésentère.

La torsion s'était toujours produite dans le sens des aiguilles d'une montre, suivant l'orientation déjà indiquée par l'insertion générale du mésentère, de haut en bas et de gauche à droite. La péritonite est fréquente ; elle s'explique par la transsudation microbienne, lorsqu'il n'y a pas de perforation.

Un fait digne de remarque, c'est l'absence ou la rareté des vomissements ; parfois avec un météorisme très net et un état général profondément atteint, il persiste une perméabilité relative du bout inférieur de l'intestin, traduite par l'émission de quelques matières ou gaz. La torsion, primitivement incomplète, se complète les jours suivants.

---

**Invagination iléo-cœcale produite par un myome pédiculé de l'intestin Sphacèle de l'anse. — Résection iléo-cœcale.**

Société nationale de Médecine de Lyon. — 13 mors 1899. *Lyon Médical*, 14 mai 1899.

Cette observation, recueillie dans le service de M. le Professeur Poncet, était remarquable : par le sphacèle du boudin invaginé qui nécessita la résection iléo-cœcale ; par le mode de production de cette invagination, sous la dépendonce d'un myome intestinal, tumeur rare. Elle fut le point de départ de la thèse de M. Magnoux, Lyon




Fig. 9.

*Boudin invaginé.* — On voit la tumeur pédiculée au niveau de la tête de l'invagination. Le cylindre moyen a été fendu pour montrer le mésentère et le cylindre interne.

1899-900 : De *l'invagination intestinale par tumeurs. Des myomes de l'intestin.*




Fig. 10.

*Figure schématique.* — Coupe verticale et transversale du cœcum et de l'anse iléo-cœcale. Invagination iléo-cœcale.

---

**Obstruction intestinale aigüe par gros calcul biliaire. -- Extraction par entérotomie.**

Société nationale de Médecine , de Lyon, 29 mai 1899.

M. Payan, élève de M. le professeur Poncet, a développé ce sujet, dans sa thèse inaugurale. Thèse de Lyon, 1899-900 : De *l'occlusion intestinale aiguë par calcul biliaire.*

---

**Du volvulus de l'S iliaque chez le vieillard.**

(En collaboration avec M. Thévenot.)

*Gaz. hebd. de Méd. et Chirurgie*, 24 décembre 1899

Nous rapportons, dans ce mémoire, une observation recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, en insistant sur l'aspect clinique, la pathogénie et le traitement. Trois figures annexées montrent la disposition et le mécanisme de la torsion. Avec Virchow, nous avons remarqué une véritable inflammation du mésentère, suivie

de rétraction et d'allongement associés. Nous insistons, avec Roulier, sur le météorisme localisé, dont le développement était exceptionnel; il reproduisait le signe de von Wahl dans toute sa pureté. Cette constatation nous permit de poser un diagnostic ferme d'occlusion par volvulus de l'anse oméga, de rejeter la péritonite, bien que la difficulté soit souvent grande, comme l'a fait remarquer le professeur Duplay.

Cette observation est rapportée et commentée dans le thèse de M. Allard : *Du volvulus de l'anse oméga.*

(Thèse de Lyon, 1899-1900.)

---

FELDMULLER. — **De l'occlusion intestinale à travers l'épiploon.**

(Thèse de Lyon, 1900-1901.)

---

MICHEL. — **Des blessures du rectum par armes à feu**

(Thèse de Lyon, 1900-1901.)

Dans ces deux travaux, inspirés par M. le professeur Poncet, nous citons des observations, l'une d'occlusion à travers l'épiploon, l'autre de plaies du rectum par balles.

---

**Des contusions de l'abdomen avec péritonite traumatique sans lésions viscérales.**

*Gazette Hebdomadaire*, 19 septembre 1897.

Ayant observé, dans le service de M. le professeur Poncet, une péritonite généralisée suivie de mort, sans lésions viscérales constatées à l'autopsie, nous avons recherché le mécanisme de cette lésion. Nous avons pu rapporter dix observations semblables, dans notre mémoire et dans la these de Heusch (Thèse de Lyon, 1897-1898.)

Après avoir rappelé les différentes théories émises pour expliquer cette infection péritonéale : traumatisme simple (Villemin), contusion (Chavasse), déchirure préalable de la muqueuse intestinale, nous avons pensé qu'elles n'étaient pas applicables à notre cas. Le traumatisme aurait plutôt entraîné une paralysie réflexe des organes abdominaux, un pseudo-étranglement paralytique de l'intestin. Le tube digestif, transformé ainsi en un vaste clos, sans circulation, aurait

été traversé par les bactéries, comme on l'observe dans une anse étranglée et obstruée (Duplay, Ciado).

Nous avons conclu :

1° La péritonite traumatique sans lésions viscérales existe.

2° Ces péritonites sans lésions viscérales sont des plus rares. Il y a lieu de les distinguer des péritonites sans perforation viscérale, mais avec contusion plus ou moins étendue de l'intestin.

3° Le mécanisme des péritonites sans perforation, mais accompagnées de plaques ecchymotiques ou en voie de gangrène, paraît relever de l'infection intestinale directe à travers les tissus intestinaux contus.

4° Le mécanisme de l'inoculation péritonéale dans les péritonites sans lésions viscérales est encore obscur.

---

**Contusion abdominale — Rupture du foie**

Soc. des Sciences Médicales, 13 décembre 1899.

Cette observation corroborait les remarquables travaux de MM. Terrier et Auvray, sur la chirurgie du foie. Toute rupture du foie indique une laparotomie.

---

**Note sur deux énormes hernies crurales (2 fig.).**

*Gaz. hebdom. de Méd. et Chirurgie*, 24 juillet, 1898.

Les deux figures montrent le volume de ces hernies, observé rarement à un tel degré à l'orifice crural. Nous avons, sur la recommandation de M. Poncet, insisté sur la thérapeutique applicable en pareille occurence.

---

**Péritonite par perforation d'un ulcère latent de l'estomac.**

Soc. des Sc. Méd. de Lyon, 30 mars 1899.

**Actinomycose anale, péri-anale et péri-vésicale.**

Soc. des Sc. Méd. de Lyon, 1er juin 1898.

Premier cas français de cette localisation actinomycosique ; il fut rapporté, par M. le Professeur Poncet, dans une communication à l'Académie de Médecine (13 septembre 1898).

**De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin.**

(En collaboration avec M. PATEL.)

*Revue de Chirurgie*, mars 1901.

Le remarquable travail de MM. Terrier et Gosset a mis l'exclusion intestinale à l'ordre du jour. Grâce à la bienveillance de M. le Professeur Poncet, nous avons pu pratiquer deux fois l'exclusion unilatérale. L'une d'elles, pratiquée contre une fistule rebelle causée par une tuberculose iléo-cœcale, nous a donné un beau succès.

Après avoir discuté les indications, les avantages, les inconvénients de l'exclusion unilatérale ou bilatérale, nous avons cru pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° L'exclusion unilatérale rentre dans la catégorie des opérations intestinales qui, sans s'attaquer directement à la lésion, cherchent sa guérison en la mettant au repos ; comme toutes les anastomoses, elle constitue une intervention peu dangereuse, souvent très efficace.

2° Appliquée dans la oure des fistules intestinales, elle est variable suivant qu'on l'applique sur l'intestin grêle et sur le gros intestin.

a). Sur l'intestin grêle, elle aboutit au même résultat que l'entéro-anastomose, c'est-à-dire que les matières s'accumulent dans le segment inférieur, et la fistule persiste.

b). Sur le gros intestin, ses résultats sont définitifs, souvent curatifs. Si la fistule siège au niveau de la région iléo-cœcale avec envahissement du cœcum, on doit aboucher l'iléon dans l'S iliaque. Si elle siége sur la portion terminale de l'intestin, sans envahissement du cœcum, l'abouchement de l'iléon dans le côlon ascendant suffit.

3° La suppression de la circulation des matières fécales est définitive, comme dans l'exclusion bilatérale ; la fistule purulente a moins de raison pour se prolonger que dans l'exclusion bilatérale, et les chances d'infection par propagation paraissent peu à craindre.

4° L'exclusion unilatérale peut même être employée contre la tuberculose cœcale non fistuleuse, dans un but curatif et préventif d'une fistule stercorale.

## GYNÉCOLOGIE

---

**Traitement de l'anus colo-vaginal. — Procédé spécial.**

*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, mars 1900.

*Lyon Médical*, 17 décembre 1899.

Nous avons employé le procédé opératoire suivant, chez une malade de M. le professeur Poncet, qui était atteinte d'un anus colo-vaginal rebelle. L'opérée est restée parfaitement guérie depuis seize mois.

Jeune fille de 19 ans, qui était affectée d'une fistule mettant en communication l'S iliaque et le cul-de-sac postérieur. Cette fistule était haut placée sur l'intestin (*Voir figures 11 et 12*). Le doigt introduit par l'anus ne pouvait atteindre l'orifice de communication intestinal. Toutes les matières passaient par le vagin ; il existait, en effet, un éperon très accentué et un véritable rétrécissement entre le bout inférieur et le bout supérieur de l'intestin.

Le vagin était long, peu dilatable (cette femme n'avait pas eu d'enfants). La suture directe était impraticable (*Fig. 12*).

La malade, désolée de cette infirmité, qui résistait depuis six mois aux cautérisations et aux pansements quotidiens, réclamait avec instance une guérison.

Nous pratiquâmes, tout d'abord, une laparotomie sous-ombilicale. Cette opération démontra que le petit bassin était rempli par des adhérences, et que l'intestin ne pouvait être mobilisé par cette voie. Nous établissons alors un drainage à la Mikulicz, qui devait plus tard rendre

les plus grands services pour éviter l'infection péritonéale. Nous tentâmes aussitôt l'opération par le périnée.

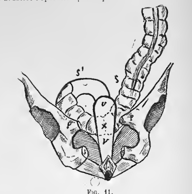



FIG. 11.

Côlon pelvien croisant en arrière le vagin. La croix représente le point de l'S pelvien, qui était le siège de la fistule vaginale.
*U*, utérus. — *V*, vagin, — *P*, pubis. — *Ve*, vessie. — *Ur*, urètre. — *Sp*, sphincter anal. — *O*, orifice colo-vaginal. — *S*, bout supérieur de l'S iliaque. — *S'*, bout inférieur de l'S iliaque. — *R*, rectum.

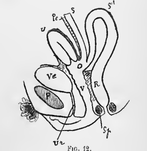



FIG. 12.

Coupe schématique antéro-postérieure : disposition de l'anus colo-vaginal. Le bout inférieur *S'* du côlon est représenté en arrière et relevé, alors qu'il se présentait, en réalité, suivant plusieurs plans.

Celle-ci consista tout d'abord : 1° dans un dédoublement de la cloison recto-vaginale, en conservant le sphincter anal (*V. fig. 13*). Au niveau du cul-de-sac de Douglas nous trouvons l'anse qui est le siège de la fistule ; elle est située entre le vagin, qui est en avant,

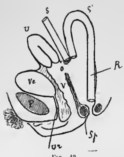



Fig. 13.

Après dédoublement intra-sphinctérien de la cloison recto vaginale, on a sectionné l'abouchement colo-vaginal. Le péritoine est ouvert, le rectum refoulé en arrière. On a trois orifices : le vaginal, celui du bout supérieur et celui du bout inférieur du côlon.

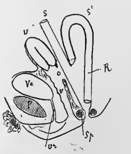



Fig. 14.

Abaissement de la paroi antérieure du bout supérieur de l'S iliaque ; elle est fixée au périnée (cloison recto-vaginale) en dedans du sphincter. La paroi postérieure retenue par le méso est peu abaissée

et le rectum qui est refoulé en arrière dans la cavité sacrée. L'orifice de communication entéro-vaginale est sectionné au ciseau, la cavité péritonéale est dès lors ouverte.

2° Après détachement des adhérences voisines, le bout supérieur du côlon pelvien est saisi avec une pince et attiré au périnée. Quatre points de suture métallique fixent sa paroi antérieure à la peau et maintiennent ainsi sa nouvelle position (*V. fig.* 14).

Une mèche de gaze iodoformée est introduite dans le Douglas par l'orifice vaginal résultant de la section de la fistule.

3° L'opération fut terminée par une résection de 6-8 centimètres de la paroi antérieure du rectum, à partir de son extrémité inférieure (*V. fig.* 15).

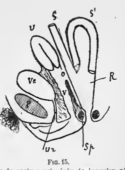



FIG. 15.

La paroi antérieure du rectum est réséquée jusqu'au niveau de la limite supérieure de son décollement. S' représente maintenant la portion du colon qui est exclue de la circulation des matières fécales ; elle est ouverte à ses deux bouts dans le nouveau rectum.

L'extrémité inférieure du tube digestif était ainsi formée, en avant par le colon, en arrière par la paroi postérieure du rectum. Entre les deux subsistaient, un éperon dû à la tension du mésocôlon pelvien, et une portion canaliculée du gros intestin ouverte à ses deux bouts dans cette extrémité inférieure.

Grâce au double drainage, abdominal et vaginal, les suites de cette intervention, d'une durée d'une heure et demie, laparotomie comprise, furent simples. La malade, opérée le 4 septembre 1899, se levait vingt jours après. Aujourd'hui la fistule est complètement oblitérée. La continence des matières est à peu près parfaite, grâce à la conservation du sphincter.

L'opérée est satisfaite du résultat, qui s'est amélioré de jour en jour. L'examen pratiqué, en janvier 1901, montre que la portion exclue paraît s'atrophier. Les défécations se font comme à l'état normal. (*V. fig.* 16.)

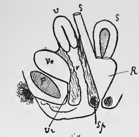



Fig. 16.

Disposition actuelle, un an et demi après l'opération. Oblitération de l'orifice vaginal. Accollement des deux orifices de la portion exclue et rétraction du méso de cette portion.

Ce procédé a été utilisé comme procédé de nécessité, car la méthode de choix pour fermer ces fistules est la laparotomie et la suture.

---

Parini. — **Traitement des fistules colo-vaginales rebelles.**

Thèse de Lyon, 1900.

---

**Hématocolpos avec hématométrie, consécutif à un accouchement datant de deux ans.**

*Annales de Gynécologie*, juin 1897.

Cette malade de M. le professeur agrégé Vincent, chirurgien-major de la Charité, présentait un hématocolpos avec hématométrie, produit par un accolement des parois vaginales. Sans doute, le cloisonnement du vagin s'était constitué dans les premières semaines qui avaient suivi

un accouchement difficile, remontant à deux ans. Cette malformation résultait de la cicatrisation défectueuse d'une ulcération superficielle produite pendant le travail; mais cette ulcération était si peu douloureuse qu'elle avait passé complètement inaperçue.

---

**Hystérectomie abdominale totale pour gros fibrome intra-ligamentaire.**

Société des Sciences Médicales de Lyon, 26 avril 1899.

Opération de M. le professeur Poncet, remarquable par le volume de la tumeur incluse dans le ligament large, et par son poids : 4 kil.

---

## ORGANES GÉNITO-URINAIRES

**Le méat hypogastrique chez les prostatiques anciennement cystostomisés.**

Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences. St-Etienne, 9 août 1897. *Bulletin Médical*, 29 septembre 1897.

**De la fonction du nouvel urèthre** (Urèthre hypogastrique) **chez les prostatiques, anciennement cystostomisés.**

. Thèse inaugurale, Lyon, 1897 (8 figures).

Prix Tremblay, Académie de Médecine, 1898.

Dans ce travail, nous avons étudié l'état anatomique et la fonction du nouvel urèthre contre nature, chez les anciens prostatiques cystostomisés. On sait, en effet, que l'opération de Poncet doit laisser, dans un certain nombre de cas, un méat hypogastrique destiné au passage des urines (cystostomie définitive ou permanente).

Cette étude est basée sur l'examen minutieux de 34 anciens opérés, conservant un canal sus-pubien perméable. Le plus ancien de ces malades était opéré depuis 7 ans et demi, et le plus récent depuis neuf mois. Tous étaient des vieillards, le plus âgé portant 82 ans et le plus jeune 66 ans.

Le nouveau canal urinaire présente à considérer un trajet et deux orifices. Rarement, ces diverses portions sont ramassées et réduites à un simple orifice, la vessie s'abouchant directement au dehors. Ordinairement, il existe un véritable trajet, une sorte de néo-cana creusé à travers les parois abdominales et formé d'une muqueuse

entourée d'un anneau, plus ou moins épais, de tissu fibro-élastique. Sa direction générale est oblique de haut en bas et d'avant en arrière; le point le plus élevé étant, par exemple, à trois centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis, son point inférieur, représenté par l'orifice vésical, est à un ou deux centimètres au-dessous de ce même bord. Voilà la disposition typique et la plus fréquente.

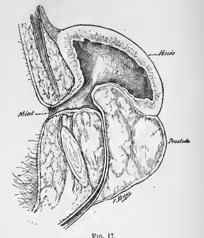



Fig. 17.
Coupe de l'appareil uréthro-vésical d'un prostatique cystostomisé depuis deux ans. Prostate énorme, saillante au-dessus du pubis.

Le calibre de l'urèthre contre nature est variable; quelquefois les dimensions sont uniformes dans toute la longueur, mais, dans la majorité des faits, on constate dans la lumière un ou plusieurs rétrécissements. Le point rétréci le plus important à connaître est le méat hypogastrique proprement dit, c'est-à-dire l'orifice cutané du nouveau canal. A son niveau, on trouve presque toujours un rétrécissement marqué; la sonde franchit péniblement cette sorte de détroit de quelques millimètres, puis, dès lors, progresse assez facilement jusque dans la vessie. Nous admettons également, après l'étude de nos observations, que le méat cutané est entouré d'un

anneau cicatriciel très développé et, remarque importante, d'autant plus épais que l'anneau péri-canaliculaire l'était davantage. Ce méat hypogastrique affecte différentes formes : *méat à fleur de peau, méat en entonnoir, méat à forme intermédiaire*. La forme la plus intéressante, à coup sûr, est la première ; elle coexiste le plus souvent avec un anneau fibreux circumméatique, très épais ; la forme en entonnoir, au contraire, coïncide avec un anneau moins développé.

La longueur du canal hypogastrique a été l'objet de nos recherches, voici nos résultats : cette longueur atteint parfois six centimètres, mais c'est une exception ; fréquemment, elle est de trois à cinq centimètres, parfois se trouve réduite à deux centimètres, et devient enfin nulle dans quelques cas exceptionnels. Il ressort de nos trente-quatre observations qu'après la cystostomie, un véritable urèthre contre nature se forme dans la région hypogastrique. Ce conduit a une tendance constante à s'allonger, probablement par allongement des tissus fibreux périphériques, peut-être aussi par une invagination progressive de la paroi antérieure de la vessie à travers les plans de la paroi abdominale.

On constate, chez les anciens cystostomisés, une rétraction vésicale amenant une diminution manifeste et progressive de la capacité vésicale. Mais, nous pensons que cette rétraction est, le plus souvent, consécutive à l'incontinence, et nullement la cause de cette incontinence. En effet, chez les continents, la rétraction vésicale est toujours peu marquée, souvent nulle ; chez les incontinents, au contraire, la rétraction vésicale est souvent très prononcée. Nos autopsies, au nombre de cinq, confirment ces conclusions.

Quant à la prostate, elle est toujours énorme, souvent comparable à un utérus fibromateux. Lagoutte a déjà fait remarquer que c'était précisément cette hypertrophie anormale qui assurait la persistance du néo-canal, en rendant impossible le retour à la miction uréthrale normale. Cette observation est fort juste. La nature fait, pour ainsi dire, une sélection parmi les cystostomisés, guérissant ceux qui peuvent encore accomplir la miction normale, donnant, au contraire, à ceux qui ont un urètre impropre à la fonction, une soupape de sûreté qui est le méat hypogastrique.

Se forme-t-il parfois un véritable sphincter musculaire autour de ce méat ? Dans quelques cas, les muscles grands droits forment bien deux sangles autour de l'orifice, mais nous n'avons rencontré cette disposition qu'une seule fois sur 34 observations ; cette disposition semble exceptionnelle.

Au point de vue de la nouvelle fonction, les cystostomisés peuvent

être divisés en : 1° *continents* ; 2° *incontinents* ; 3° *continents partiels.*

Nous appelons incontinents tous les malades qui n'ont pas de miction. Ces sujets sont au nombre de treize sur trente-quatre observations.

*Les continents ou incontinents partiels* seront, pour nous, les cystostomisés qui ont des mictions, mais qui perdent une partie de

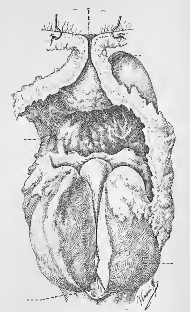


Fig 18.

Prostate, vessie, uréthres normal et artificiel d'un cystostomisé, L'urèthre normal et la vessie ont été fendus sur leur paroi antérieure.

leurs urines dans l'intervalle de ces mictions. Cette catégorie comprend tous les cas intermédiaires. Nous adoptons les types suivants :

a) *Les malades continents ou incontinents suivant les moments, la position, etc.*;

b) *Les faux incontinents, c'est-à-dire les sujets qui ont des mictions très fréquentes (cystite, etc.)*;

d) *Les continents partiels les plus nombreux qui ont une période de continence plus ou moins longue (une demi-heure ou une heure) suivie d'une période d'incontinence.*

e) *Les continents qui voient momentanément leur urèthre contre nature entrer en fonctions et jouer le rôle d'une soupape de sûreté, à la suite d'un accès de rétention qui obstrue l'urèthre normal.*

Tous ces continents partiels sont au nombre de neuf sur trente-quatre. Nous posons en principe *que la continence existe assez fréquemment.*

Les continents sont au nombre de treize sur trente-quatre et affectent les types suivants :

a) *Les continents qui urinent ordinairement par la verge, tout en gardant un méat hypogastrique perméable.*

b) *Les continents qui urinent en partie par la verge, en partie par le méat hypogastrique.*

c) *Les continents qui ont des mictions uniquement hypogastriques. Parmi ceux-ci, les uns ont des mictions spontanées ; les les autres satisfont à la miction par le moyen d'une sonde hypogastrique rigide.*

Chez ces malades, il est souvent nécessaire de maintenir la miction, par une dilatation bien conduite, du canal hypogastrique.

En résumé, la continence existe dans le tiers de nos observations. Les sujets peuvent reprendre la vie habituelle des vieillards, exempts des anciennes difficultés de la miction et des accidents urinaires qui les guettaient à chaque instant. Telle l'observation d'un cystostomisé, qui urinait seulement toutes les trois heures, et dont le jet hypogastrique atteignait, pendant plus de quatre ans, une longueur de 80 centimètres à 1 mètre.

Quelle est l'influence des dispositions anatomiques sur la fonction ? Après avoir comparé de nombreux malades, nous sommes arrivé à la conclusion qu'indiquait déjà M. Poncet, dès 1894 : la fonction

n'est pas dépendante, en règle générale, de telle ou telle disposition spéciale, mais plutôt de l'ensemble des dispositions anatomiques nouvelles, parmi lesquelles nous rangeons, par ordre d'importance, la longueur de l'urèthre contre-nature, son calibre, la présence d'un anneau fibreux péricanaliculaire surtout au pourtour du méat, la résistance des muscles droits, la présence de valvules dans l'intérieur du néo-canal. Nous attribuons le rôle essentiel à la longueur du nouveau canal et à sa disposition anatomique.

Le chirurgien est-il en mesure de produire, à son gré, la continence au moyen de manœuvres opératoires spéciales? Il peut y aider en essayant, par exemple, d'obtenir un canal d'une certaine longueur. Mais il faut se garder de toute exagé ration. En effet, les cystostomisés sont, la plupart du temps, des malades très infectés, avec urines purulentes, toujours âgés (moyenne 74 ans), souvent opérés *in extremis*. On conçoit les difficultés que rencontrera le chirurgien dans l'établissement de ce canal idéal, pourvu d'un sphincter authentique et résistant. Un manuel opératoire simple, aussi rapide que possible, est préférable aux procédés plus ambitieux, mais plus dangereux. En somme, le chirurgien n'est maître de la fonction que dans certaines limites, son premier but doit consister à sauver la vie du malade, avant de penser à la fonction. Les procédés opératoires, qui ont été préconisés tour à tour, n'ont pas toujours tenu les promesses faites par leurs auteurs.

Comment peut-on parer à l'incontinence du cystostomisé ? Nous décrivons un appareil qui remplit son but. Cet instrument maintient les urines, mais sous deux conditions indispensables : il faut entretenir l'appareil dans une propreté minutieuse et, pour cela, avoir, au besoin, deux appareils à la disposition du cystostomisé ; on doit changer fréquemment la rondelle de caoutchouc pneumatique, directement appliquée sur la peau.

Les malades les moins favorisés, c'est-à-dire les incontinents, ne sont pas, des individus retranchés pour toujours de la société. Grâce à l'appareil, ils reprennent leurs occupations ; nous connaissons des malades qui peuvent ainsi aller au théâtre, au cercle, entreprendre plusieurs fois des voyages pénibles, faire un métier malgré leur âge et leur infirmité. Leur situation, moins bonne que celle des continents, est parfaitement compatible avec les devoirs sociaux des vieillards cystostomisés ; elle nous a souvent paru préférable à la position critique des vieux prostatiques non cystostomisés, mais recourant à l'usage régulier de la sonde.

Ce mémoire n'est pas théorique : il repose sur l'examen de

34 malades, revus dernièrement ; quelques-uns ont été suivis pendant plusieurs années.

---

**Indications de la cystostomie sus-pubienne d'urgence chez les prostatiques.**

*Gazette des Hôpitaux*, 21 et 28 septembre 1897.

---

**De la cystostomie sus-pubienne. — Indications. — Manuel opératoire.** En Allemand ***Centrablatt für die Krankheiten der Harn and sexual organe*** Leipzig, 10 septembre 1898 (35 pages).

---

**Ancienne cystostomie sus-pubienne, avec méat hypogastrique continent depuis 4 ans. — Mort de tuberculose pulmonaire et vertébrale. — A l'autopsie, intégrité de l'appareil urinaire.**

Société nationale de Médecine de Lyon, 21 juin 1897.

---

**Cystostomie sus-pubienne datant de 6 ans, avec continence parfaite du méat hypogastrique chez un vieillard de 78 ans. — Mort à 84 ans de cirrhose hépatique. — Intégrité de l'appareil urinaire.**

*Gazette des Hôpitaux*, 2 avril 1900.

---

Hahn. — **Traitement des hématuries vésicales par la cystostomie sus-pubienne.**

Thèse de Lyon, 1898-1899.

Dans ces diverses publications ou communications, nous avons poursuivi les recherches anatomiques et cliniques, sur la cystostomie, que nous avions entreprises d'abord dans notre thèse inaugurale. Des autopsies ont confirmé les conclusions de notre précédent travail.

Ces travaux nous ont permis de collaborer avec M. Poncet, pour la publication du Traité de la cystostomie sus-pubienne.

**Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. — Création d'un urèthre hypogastrique. — Application de cette nouvelle méthode de traitement aux diverses affections des voies urinaires.** Volume de 450 pages avec 41 figures. Masson et Cie, Paris 1899.

(En collaboration avec M. le professeur Antonin Poncet.)

Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, prix d'Argenteuil, Paris 1899.

Cet ouvrage, que nous avons eu l'honneur d'écrire en collaboration avec M. le professeur Poncet, n'est pas un travail didactique seulement. La note de ce Traité reflète l'enseignement, la pratique, les résultats de notre maître depuis 1888. Il est écrit avec des documents personnels de la plus grande valeur.

Après avoir créé la nouvelle méthode de dérivation urinaire chez les prostatiques, M. Poncet l'avait aussi introduite définitivement dans la pratique. Dix ans après la première cystostomie (avril 1888), il conçut le dessein de réunir en un travail d'ensemble le fruit de ses travaux ; il nous choisit pour son modeste collaborateur.

Le premier chapitre rappelle l'historique de la question, les travaux de Mac-Guire qui, dès 1889, poursuivait, en Amérique, des travaux similaires. La rapide extension de cette opération montre déjà son utilité incontestable.

Dans le deuxième chapitre, sont consignées les considérations anatomo-pathologiques sur l'appareil prostato-vésical du vieillard, qui nous paraissaient indispensables. Elles montrent les dangers des interventions aveugles, telles que la ponction ou la prostatotomie. Nous insistons également sur certaines dispositions du cul-de-sac prévésical, engendrées par la présence des hernies, par des adhérences du péritoine au pubis, etc... Un opérateur doit, en effet, connaître ces modifications pathologiques, s'il veut aborder la vessie sans danger.

L'étude du manuel opératoire, des soins immédiats et consécutifs nous a paru mériter des développements minutieux. De nombreuses figures ont été intercalées dans le texte pour permettre de suivre les explications. Ces règles de thérapeutique sont le résultat d'une expérience appuyée sur 120 opérations.

Les indications de la cystostomie sont discutées dans le chapitre IV. Nous considérons les ponctions hypogastriques, la sonde à demeure comme des procédés d'exception. Pour la clarté de la description, nous divisons les prostatiques en deux grandes catégories : 1° ceux qui

présentent seulement des troubles mécaniques de l'excrétion urinaire, sans infection ; 2° ceux qui sont infectés, qui sont des empoisonnés urinaires.

Chez les premiers, la cystostomie est indiquée, lorsque le cathétérisme est impossible, douloureux, uréthrorrhagique, lorsqu'il est mal supporté, lorsqu'il existe des fausses routes. L'incision à ciel ouvert paraît moins dangereuse que la ponction.

Chez les seconds, l'hésitation n'est pas permise ; l'opération est urgente, dès que les cathétérismes, les lavages ne triomphent pas rapidement des accidents infectieux.

En résumé, nous avons considéré le cathétérisme comme le véritable mode de traitement des accidents prostatiques. Est-il insuffisant ou dangereux, on devra recourir à l'opération de Poncet. Les ponctions, la sonde à demeure restent trop souvent inefficaces.

Les résultats justifient cette conduite. Au point de vue vital, ils sont, pour ainsi dire, parfaits, chez les prostatiques non infectés. Si, parmi les infectés, la mortalité est relativement élevée, elle s'explique par les lésions avancées de l'arbre urinaire, par la pyélo-néphrite ancienne constatée aux autopsies. Les succès, dans de telles conditions, sont d'autant moins indiscutables que la vie était irrémédiablement compromise dans la plupart des opérations.

Au point de vue fonctionnel, les cystostomisés forment deux catégories : les uns conservent leur urèthre artificiel (cystostomie définitive), les autres recouvrent la miction par la verge, le méat abdominal s'oblitère (53 °/₀) (cystostomie temporaire). La persistance de l'urèthre hypogastrique est due à l'obstruction définitive de l'urèthre normal par les déformations prostatiques.

Lorsque le nouveau canal persiste, quelle est sa fonction ? Le nombre des documents rapportés dans notre thèse, quelques cas nouveaux ont affermi notre conviction. Les opérés peuvent vivre longtemps, grâce au canal artificiel. Plusieurs ont six à sept ans de survie ; l'un d'eux, âgé de 81 ans, conservait son méat, depuis plus de neuf ans, etc... L'urèthre artificiel se substitue à l'ancien devenu impropre à la fonction ; la vie sociale s'accomplit telle qu'auparavant. Chez d'autres, le méat hypogastrique remplit simplement le rôle d'une soupape de sûreté. Les derniers sont atteints d'incontinence. Cette infirmité peut alors être supportée, grâce à des urinaux de divers modèles, que nous décrivons minutieusement.

Du reste, l'incontinence est nécessaire parfois, elle pare à des accidents secondaires : calculs, infections, rétentions, etc...

Après avoir établi un parallèle entre la cystostomie sus-pubienne et les diverses méthodes de traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique, nous indiquons, dans un dernier chapitre, les applications variées de la cystostomie sus-pubienne, permanente ou temporaire, aux diverses affections urinaires, chez l'homme et chez la femme : cancer de la prostate, tumeur de l'urèthre et de la vessie, tuberculose vésicale, fistules vésico-vaginales, etc... Ce sont toujours les mêmes complications qui commandent l'intervention. Celle-ci agit, en effet, comme moyen de dérivation urinaire et de désinfection. Elle arrête les hémorrhagies, elle calme les douleurs. Dans les autres lésions urinaires, comme dans le prostatisme, la cystostomie combat efficacement la rétention, l'infection, les hémorrhagies, les douleurs. Elle constitue ainsi une méthode générale, applicable toutes les fois que ces accidents existent, isolés ou associés, dans la pathologie urinaire.

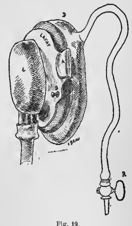



Fig. 19.
Urinal hypogastrique portatif.

Quarante deux figures sont intercalées dans le texte, qui contient encore 79 observations. Cet ouvrage, appuyé sur des faits, donne, croyons-nous, une opinion exacte sur la valeur thérapeutique de la cystostomie sus-pubienne.

---

**Méat hypogastrique avec survie de onze mois chez un cancéreux prostatique.**

*Gazette Hebdomadaire*, 5 avril 1900.

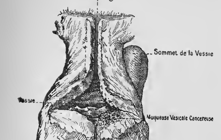



Fig. 20.
Appareil uréthro-vésical d'un cancéreux prostatique cystostomisé. Urèthre normal, vessie, urèthre sus-pubien fendus sur leur face antérieure.

---

**Uréthrostomie périnéale pour rétrécissement avec fistules incurables de l'urèthre.**

*Gazette Hebdomadaire*, 4 mai 1899.

**Traité de l'uréthrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urèthre. — Création au périnée d'un méat contre nature.**

(En collaboration avec M. le professeur Poncet.)

Paris, Masson 1900. 1 volume de 160 pages, avec 11 figures.

Nous avons eu l'honneur de collaborer avec M. le professeur Poncet, pour la rédaction du Traité de l'uréthrostomie périnéale. Sous le nom d'uréthrostomie périnéale, de périnéostomie, M. Poncet a désigné, en 1891, une opération qui a pour but, dans certains rétrécissements uréthraux, d'établir un méat artificiel au périnée, en arrière des bourses.

Le méat périnéal est constitué essentiellement par la continuité de la muqueuse uréthrale avec la peau de la région. Cette nouvelle méthode thérapeutique fut appliquée, dès le début, aux sténoses compliquées de l'urèthre qui, soit en raison des désordres locaux qu'elles avaient engendrés, soit en raison de l'état précaire des organes urinaires, restaient inourables, malgré les autres interventions classiques.

Nous admettons que cette opération est une intervention d'*absolue nécessité*. Elle s'adresse exclusivement aux rétrécissements récidivants, compliqués de l'urèthre. Nous ne voulons pas, sans des indications pressantes et formelles, substituer l'uréthrostomie aux interventions précédentes. L'opération ne saurait être mise en parallèle avec les autres modes de traitement des sténoses uréthrales. Elle trouve précisément son emploi, là seulement où ces méthodes thérapeutiques sont insuffisantes, inefficaces, dangereuses. Les indications découlent donc des contre-indications des méthodes de choix : dilatation, uréthrotomie interne ou externe, uréthrectomie, etc.

Dans ce livre, nous étudions successivement, dans des chapitres spéciaux, l'historique, quelques considérations anatomo-pathologiques sur les rétrécissements de l'urèthre, le manuel opératoire, les indications, les résultats.

Au point de vue opératoire, le méat périnéal est, en principe, définitif (méat permanent), c'est-à-dire destiné pour toujours à livrer passage à l'urine (fig. 21).

Dans quelques cas exceptionnels, l'uréthrostomie sera seulement temporaire (fig. 22).

Alors le méat transitoire est réalisé par une simple uréthrotomie

externe, mais avec suture, sur une certaine étendue, des bords de la paroi inférieure de l'urèthre sectionnée avec les bords de la peau. La continuité du canal n'étant pas interrompue, la fonction normale peut se rétablir, dans le cas d'évolution régressive ultérieure de la sténose.



Fig. 21.
Méat périnéal permanent,

Quant aux résultats, nous les avons étudiés sur tous les uréthrostomisés connus, au nombre de 23. Nous pouvons fixer ainsi la valeur de cette méthode thérapeutique, puisque la première opération remonte à neuf ans . Le chapitre des résultats éloignés est précisément le plus intéressant, il repose sur des faits, sur des malades revus plusieurs années après l'opération, cinq, six ans et au-delà. Tous sont satisfaits, sont restés à l'abri de nouveaux accidents urinaires; deux, en particulier, étaient atteints de tuberculose uréthrale et péri-uréthrale.

Ces résultats éloignés sont d'autant plus satisfaisants que les opé-

rés étaient souvent prostatiques, que tous étaient des rétrécis ayant subi déjà plusieurs opérations suivies de récidives, que leur état général était d'ordinaire profondément atteint.

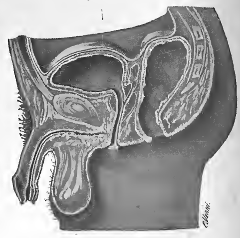


FIG. 22.
Méat périnéal temporaire.

---

**Reins polikystiques.**

Société des Sciences médicales de Lyon, juillet 1894.

Malade observée dans le service de M. Audry ; cliniquement, il existait des signes de néphrite intersticielle : albuminurie, dyspnée, suffocation, anasarque, bruit de galop, un gros rein droit lobulé. A l'autopsie nous trouvâmes deux gros reins polikystiques.

Le diagnostic de cette affection est possible, quand on constate une tumeur rénale unique et, à plus forte raison, double, coïncidant avec des signes de néphrite interstitielle : albuminurie, œdéme, héma-

turies, douleurs lombaires. Nous croyons que cette maladie est congénitale (Bard). La théorie admettant l'insuffisance primitive, congénitale des tubes excréteurs du rein, qui se dilatent à la façon des veines dans l'angiome congénital, est plus admissible que l'ancienne théorie de la dilatation mécanique, et que la théorie plus récente de l'épithélioma kystique du rein (Lejars). Nous avons observé deux fois la transmission de cette affection de la mère à la fille.

---

**Syphilis rénale précoce. Mort.**

*Province Médicale*, 7 septembre 1895.

Nous avons pu observer un cas de cette syphilis rénale précoce, dans le service de M. le professeur Gailleton. Cette forme est plus rare que la syphilis gommeuse, ou scléro-gommeuse, et que la dégénérescence amyloïde (Darier). La maladie évolua en cinq semaines ; elle avait débuté un mois après le chancre. Elle s'était comportée à la manière d'une néphrite infectieuse aiguë.

Nous n'avons pu, en face des résultats négatifs des inoculations affirmer que les lésions rénales fussent sous la dépendance exclusive de la syphilis ou d'une infection surajoutée.

---

**Contribution à l'étude de la rupture de la tunique vaginale dans les hydrocèles.**

*Gazette Hebdomadaire*, 5 juillet 1896.

Ayant observé une série de quatre cas de rupture de la tunique vaginale dans des hydrocèles, nous avons, à l'instigation de M. le professeur A. Poncet, pratiqué quelques recherches expérimentales et cliniques.

Dans un travail de 1883, Saint-Martin avait conclu que la rupture se produit à la partie supérieure ou à la partie antérieure de la séreuse : ce lieu d'élection s'explique, disait l'auteur, par l'existence des culs-de-sac, des diverticules dans la portion funiculaire de la vaginale (Béraud). Nous avons provoqué la rupture de la vaginale par des injections expérimentales forcées. Nos conclusions diffèrent quelque peu des anciennes :

1° La plupart du temps, le liquide qui s'échappe d'une vaginale rupturée par distension, est arrêté par la tunique fibreuse;

2° La rupture provoquée de la tunique vaginale n'a pas de siège de prédilection constant.

Dans les hydrocèles, la rupture de la vaginale se produit également en un point quelconque, d'autant mieux que les lésions d'épaississement ou d'amincissement sont ici disparates et de siège variable ; c'est ainsi que, sans traumatisme, sans cause locale appréciable, doivent s'expliquer certaines ulcérations spontanées.

---

**De l'orchidomie. — Incision exploratrice du testicule et épididymectomie dans la tuberculose du testicule.**

*Gazette Hebdomadaire*, 12 juin 1898.

Nous appelons l'attention sur une modification du traitement opératoire de la tuberculose du testicule, dont la première idée et la première application reviennent à M. le professeur Poncet. Les résultats étaient assez anciens pour permettre une juste appréciation de cette méthode conservatrice.

Le procédé consiste à pratiquer systématiquement l'incision exploratrice du testicule, avant ou après une opération qui conservera la glande génitale, telle que l'épididymectomie ; c'est précisément cette combinaison systématique de l'incision exploratrice du testicule avec une opération retranchant tout ou partie de l'épididyme, qui constitue l'originalité de cette méthode.

Les partisans de la castration, dans la tuberculose du testicule, ne peuvent plus élever d'objections formelles contre l'épididymectomie. L'orchidotomie permet, en effet, de choisir, en toute connaissance. L'opération radicale sera effectuée si la glande génitale est tuberculeuse. En cas contraire, le chirurgien se bornerait à l'épididymectomie. Nos observations montrent que cette conduite est justifiée par les résultats immédiats et éloignés.

---

**Hydronéphrose congénitale double. — Malformation de l'orifice uretéro-vésical droit.**

(En collaboration avec M. Carrel).

*Gazette Hebdomadaire*, 6 avril 1899.

Il s'agit d'un malade du service de M. le professeur Poncet, qui présentait, avec des lésions congénitales, une malformation singulière

de l'orifice uretéro- vésical droit. La vessie s'était invaginée dans l'uretère; cette invagination avait déterminé l'obstruction de l'uretère et la rupture du rein droit.

Nous avons pensé que cette anomalie pouvait être expliquée par un trouble du développement. L'observation est relatée dans la thèse de M. Rattier. Thèse de Lyon, 1899: *Les épanchements urineux d'origine rénale.*



Fig. 23.

Hydronéphrose congénitale double. — Malformation de l'orifice uretéro-vésical droit. — Hernie de la muqueuse dans cet uretère.
*A.* Prostate. — *B.* Vessie. — *C.* Hernie congénitale de la muqueuse vésicale dans l'uretère. — *D.* Uretère. — *F.* Bassinet.

---

**Des fistules vésico-ombilicales tardives par persistance de la perméabilité de l'ouraque.**

(En collaboration avec M. Molin).

*Archives provinciales de Chirurgie*, novembre 1898.

Dans ce mémoire, est relatée une observation fort instructive de fistule ombilico-vésicale d'origine congénitale, apparaissant chez un

prostatique,âgé de 63 ans. Cet individu présentait, au moment de sa naissance, une fistule urinaire de l'ombilic, qui se tarit à l'âge de trois mois. L'hypertrophie prostatique, avec rétention et infection à l'âge de 63 ans, détermina la réapparition de l'urine à l'ombilic. La persistance de la perméabilité de l'ouraque était ainsi restée latente pendant fort longtemps.

Nous avons, à l'occasion de ce fait, recueilli dans le service de M Jaboulay, réuni les cas analogues, au nombre de 25.

Nous avons également étudié les causes occasionnelles qui jouent un rôle dans la réapparition du trouble de développement ; elles se résument dans la rétention ou l'infection vésicale. Quant à la pathogénie de cette malformation, elle s'explique de plusieurs manières : perméabilité ouracale complète (Forgue et Morer, Haller), ou incomplète (Wutz, Luschka), au moment de la naissance. Ces diverses théories s'appliquent certainement chacune à quelques cas. Ce travail a été le point de départ de la thése de M. Fléchet (Lyon, 1899).

---

**Enorme calcul d'oxalate de chaux avec perforation de la vessie**

*Gazette des Hôpitaux,* 13 mars 1900.

---

Leriche. — **De l'ectopie sous-cutanée abdominale du testicule.**

*Archives provinciales de Chirurgie*, février 1901.

Nous avons inspiré ce travail, basé sur une observation personnelle fort démonstrative. Le testicule, en migration défectueuse, était situé immédiatement sous la peau de l'abdomen, au-dessus de l'arcade fémorale droite. Une vaginale normale l'entourait; son cordon remontait dans le canal inguinal en passant à travers l'orifice externe, normalement conformé, du canal inguinal.

L'ectopie sous-cutanée abdominale, fort rare, a été très discutée. Notre cas en est, cependant, un exemple incontestable. Il s'agit d'une ectopie sous-cutanée typique : testicule hors de l'anneau, avec cordon traversant l'orifice externe du canal inguinal, situation sous la peau, en avant de tout feuillet aponévrotique.

La migration défectueuse s'expliquait par l'existence d'un anneau fibro-élastique très serré, qui oblitérait l'extrémité supérieure de la bourse. Dès lors, la voie ordinaire étant fermée, la glande génitale

avait dû remonter sous la surface cutanée de l'abdomen. Il n'existait pas d'insertion vicieuse du *gubernaculum*, le malade n'avait pas porté de bandage.

A côté de ce type, nous admettons une seconde variété d'ectopie sous-cutanée abdominale, démontrée par un fait de Grüber. Ici, le testicule ne sort pas par l'orifice externe du canal, mais par une éraillure de la paroi antérieure. La situation du cordon établit la distinction entre ces deux variétés.

---

# VAISSEAUX

---

**Ecrasement sous-cutané de l'artère et de la veine poplitées. — Gangrène consécutive. — Amputation.**

*Province Médicale*, 1er août 1896.

Observation due à l'obligeance de M. le professeur Maurice Pollosson, dans laquelle la gangrène évolua sans fièvre pendant un mois (1 figure).

---

**Ulcération de l'artère poplitée dans une ostéomyélite prolongée du fémur. — Mort**

*Archives prov. de Chirurgie*, janvier 1897 (1 figure).
Thèse de Boudriot, Lyon 1897.

---

**Anévrysme diffus de la jambe par déchirure de l'artère péronière gauche. — Ouverture du sac et ligature des deux bouts.**

*Archives prov. de Chirurgie*, 1er mai 1896.

Cette observation, recueillie chez M. le professeur Poncet, a été relatée, avec une seconde observation, dans la thèse de M. Sivan 1900-1901 : *des anévrysmes de l'artère péronière*. Nous signalons un signe des anévrysmes de l'artère péronière. Il y a simultanément, en arrière de la jambe, des signes d'anévrysme, en avant des signes d'anévrysme. Dans de telles conditions, il s'agit d'un anévrysme péronier, qui refoule en avant le ligament interosseux, avec lequel l'artère a des rapport intimes, et simule un anévrysme de l'artère tibiale antérieure.

---

## OS ET ARTICULATIONS

**Résection du sternum pour ostéite tuberculeuse. — Résection du coude pour ostéo-arthrite tuberculeuse,**

*Province Médicale*, 5 décembre 1896.

Recueillie dans le service de M. le professeur M. Pollosson.

**Ostéo-périostite albumineuse due à un nouvel agent pathogène.**

(En collaboration avec M. Péhu.)

*Gazette des Hôpitaux*, 13 septembre 1898.

Il s'agissait d'un jeune homme atteint d'une ostéo-périostite albumineuse dans lequel fut retrouvé un bacille spécial. La périostite séreuse est donc provoquée par des organismes divers; elle n'est pas spécifique.

**Ankylose osseuse de la hanche consécutive à une ostéomyélite.**

Société de Médecine de Lyon, 20 décembre 1897,

**De la résection précoce dans les arthrites infectieuses par plaies pénétrantes du genou.**

*Gazette des Hôpitaux*, 9 novembre 1899.

Nous discutons, dans ce mémoire, les indications, les avantages, les inconvénients des arthrotomies, ou des résections articulaires après les plaies du genou. Avec M. le professeur Poncet, nous pensons que, dans bien des cas, la résection précoce d'une arthrite infectieuse constitue le meilleur traitement de cette complication grave, au moins chez l'adulte. La résection est « la plus haute expression

du drainage articulaire ». Dans cette opération, on doit enlever 2 à 3 centimètres seulement des os et drainer largement, sans suture. La résection n'a, en effet, d'autre but que de produire un espace interosseux pour un drainage efficace.

L'arthrotomie est, cependant, suffisante, quand la virulence microbienne est atténuée, comme dans l'observation suivante. Nous avons eu l'occasion de guérir, par la résection, un malade atteint d'une arthrite infectieuse grave, d'origine traumatique. Ces mémoires sont le point de départ de la thèse de M. Mailhetard.

---

**De la résection précoce du genou dans les arthrites infectieuses par plaies pénétrantes.**

Mailhetard, Thèse de Lyon, 1899-1900.

---

**Arthrite suppurée du genou gauche d'origine traumatique. — Arthrotomie. — Guérison.**

*Gazette Hebd.*, 7 septembre 1900.

---

**De la résection précoce du genou, dans une arthrite infectieuse traumatique. — Guérison.**

Soc. des Sciences Méd., 28 février 1900.

---

**Exostose sous-unguéale du second orteil. — Sa pathogénie.**

Cette tumeur était engendrée par l'irritation chronique des tissus fibro-périostiques sous-unguéaux. L'exostose sous-unguéale des orteils relève souvent d'une infection locale et d'un traumatisme souvent répété (Poncet).

---

A. Petit. — **D'une variété de fracture de l'astragale simulant une luxation du pied.**

Thèse de Lyon, 1899-1900.

---

## MEMBRES

**Note sur un botryomycome occupant le bord cubital de la main droite.**

*Gazette Hebdomadaire*, 7 septembre 1899.



Fig. 24.

**Botryomycome siégeant à la face dorsale de l'auriculaire droit, au voisinage de la sertissure unguéale.**

*Gazette des Hôpitaux*, 12 juin 1900.

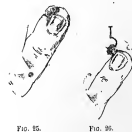


Fig. 25. Fig. 26.

**Botryomycome de la face palmaire du petit doigt.**

(En collaboration avec M. GAUTHIER.)

*Gazette des Hôpitaux*, 8 novembre 1900.

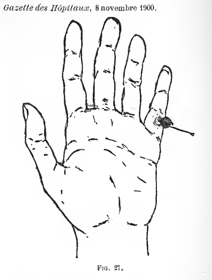


FIG. 27.

Elève de M. le professeur Poncet, nous avons pu observer plusieurs cas de botryomycose humaine. Ceux que nous avons publiés, siégeaient à la main, parce que cette région découverte est souvent atteinte de plaies et s'inocule facilement à des contacts fréquents.

Nos observations cliniques confirment les conclusions de M. Poncet. Elles ont toutes reçu le contrôle histologique compétent de M. Louis Dor. La botryomycose est une entité pathologique appuyée sur des faits d'une valeur indiscutable (Poncet et Dor, *Archives générales de Médecine*, 1900).

**Note sur un cas d'hygroma d'une bourse séreuse infra-patellaire anormale** (située entre l'aileron externe et le rebord correspondant du plateau tibial).
*Gazette Hebdomadaire,* 2 juin 1894.

Ce cas nous a paru intéressant à signaler, avec M. Rochet, pour les raisons suivantes :

1° Il s'agit d'un hygroma tuberculeux développé dans une bourse séreuse atypique, voisine de la bourse séreuse prétibiale, mais distincte d'elle, et située bien en dehors d'elle, sous *l'aileron externe de la rotule,* entre cet aileron et le rebord externe du plateau tibial.

2° Cet hygroma n'est pas resté bridé sous l'aileron ; il a perforé celui-ci en bouton de chemise, et est venu s'étaler sous la peau jusqu'au devant et même jusqu'en dedans du ligament rotulien, en formant là un large diverticule sous-cutané, encadrant la pointe de la rotule. Cet aspect modifiait l'apparence clinique habituelle de l'hygroma prétibial. Il n'y avait pas de lésions de la rotule.

---

## DIVERS

---

**Neuro-fibromatose généralisée et xanthome du bras droit.**
*Gazette des Hôpitaux,* 28 avril 1896.

---

**Névrome plexiforme intercostal.**
Société nat. de Médecine de Lyon, 29 mars 1897.

---

**Neuro-fibromatose et névrome plexiforme.**
(En collaboration avec M. Bonne.)
*Gazette Hebdomadaire,* 27 mars 1898.

Grâce à la bienveillance de MM. Poncet et Vincent, nous avons pu, un des premiers à Lyon, attirer de nouveau l'attention sur la neuro-

fibromatose ou maladie de Recklinghausen. Cette affection est caractérisée par des tumeurs dermiques ou sous-dermiques, par des tumeurs sur le trajet des nerfs, par une tumeur principale profonde,

Dans nos deux observations, la tumeur principale coïncidait avec des malformations cutanées. L'une d'elles était constituée par un xanthome, l'autre par un névrome plexiforme Dans ce dernier cas, il y avait hypertrophie des éléments de la gaine des nerfs, aucune prolifération des cylindraxes.

Ces tumeurs profondes et principales dégénèrent souvent, d'après M. Poncet. Dans l'un de nos cas, la transformation maligne entraina la mort du malade un an après une première intervention. L'opération avait démontré que cette tumeur xanthomateuse s'était développée sur le nerf radial.

Les malformations atteignant avec prédilection les nerfs et le tissu cutané, nous avons pensé, avec Marie et Feindel, qu'il s'agissait d'une malformation d'origine congénitale atteignant le feuillet ectodermique, au début de la vie intra-utérine.

---

**Epithélioma sebacé primitif de la fesse.**

Soc. des Sc. méd. de Lyon, 22 mars 1896.

---

**Traitement des brûlures étendues par la méthode antiseptique. Ses avantages.**

Soc. des Sc. méd. de Lyon, 8 novembre 1899.

---

**Traitement du tétanos par la méthode de Baccelli. Guérison.**

*Gazette des Hôpitaux*, 4 septembre 1900.

La méthode de Baccelli a donné une guérison, dans le service de M. Poncet. Elle consiste à injecter, toutes les quatre heures, deux centimètres cubes d'une solution comprenant : eau, 50 gr. ; acide phénique, 1 gr.

Le bacille du tétanos étant très susceptible à l'acide phénique (Arloing), cette thérapeutique rationnelle mérite d'être expérimentée en France, en présence de l'insuccès des autres méthodes dirigées contre le tétanos.

**Lame de couteau implantée entre la base des apophyses épineuses depuis quatorze ans. — Réveil des phénomènes inflammatoires, il y a deux mois.**

Soc. des Sc. Méd. de Lyon, 6 mai 1896.

Observation due à l'obligeance de M. le Professeur M. Pollosson, et remarquable par la tolérance prolongée d'un corps étranger volumineux.

---

81.538. — Imp. P. Legendre et Cie, rue Bellecordière, 14, Lyon.